Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.
(Leiter: Geheimrat Professor Dr. Siemerling.)

Zur Symptomatologie der Katatonie in Schüben.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
vorgelegt von

Gustav Lamprecht,
approb. Arzt aus Kiel.

Kiel 1919.
Druck von A. F. Jensen, Holstenstr. 43.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.
(Leiter: Geheimrat Professor Dr. Siemerling.)

Zur Symptomatologie der Katatonie in Schüben.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
vorgelegt von

Gustav Lamprecht,
approb. Arzt aus Kiel.

Kiel 1919.
Druck von A. F. Jensen, Holstenstr. 43.

No. 74.
Rektoratsjahr 1918/19.
Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**
Zum Druck genehmigt:
Prof. Dr. **Heine**, z. Z. Dekan.

Meiner lieben Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/zursymptomatolog0000gust

Als vor mehr als vier Jahrzehnten Kahlbaum die Lehre von der Katatonie (Spannungsirresein) begründete, da wollte er darunter ein Krankheitsbilld verstanden wissen, welches der Reihe nach die Zeichen der Melancholie, der Manie, des Stupors, bei ungünstigem Verlauf auch der Verwirrtheit und des Blödsinns darbietet und außerdem durch das Auftreten gewisser motorischer Krampf- und Hemmungserscheinungen, eben der «katatonischen» Störungen gekennzeichnet wird. Unter der Bezeichnung «Katatonie» hat Kahlbaum ein Krankheitsbild geschildert, das, obgleich mehrfach angefochten, dennoch seine Berechtigung behalten hat.

Nach Kraepelin ist die Katatonie Kahlbaums in der Hauptsache eine immerhin eigenartige Verlaufsform, eine Unterform resp. Erscheinungsweise seiner neu gestalteten Dementia praecox und zwar deswegen, weil sich die katatonischen Krankheitszustände von den übrigen Formen der Dementia praecox nirgends scharf abgrenzen lassen. Da «katatonische» Krankheitserscheinungen unzweifelhaft auch bei ganz andersartigen Krankheitsvorgängen in mehr oder weniger großer Ausdehnung vorkommen, so schränkt Kraepelin den Begriff der Katatonie dahin ein, daß ihm nur zolche Krankheitsfälle angehören, denen der Krankheitsvorgang der Dementia praecox zugrunde liegt. Kraepelin faßt also als katatonische Formen der Dementia praecox diejenigen Fälle zusammen, in denen die Verbindung der triebartigen Erregung mit dem katatonischen Stupor das klinische Bild beherrscht. Er definiert die Katatonie als eine Krankheitsform mit eigentümlichen, meist in Schwachsinn ausgehenden Zuständen von Stupor oder Erregung mit den Erscheinungen des Negativismus, der Impulsivität und Verschrobenheit, der Stereotypie in Suggestibilität in Ausdrucksbewegungen und in Handlungen.

Kraepelins Auffassung findet aber noch immer Widerspruch, indem sich manche nicht mit einem Krankheitsbild befreunden können, das sich ursprünglich auf den Verlauf zu stützen schien und doch gut und schlecht ausgehende Fälle in sich schließt.

So wird noch heute von Schuele und seinen Freunden die Katatonie dem halluzinatorischen Irresein zugerechnet. Behr, Serbsky u. a. m. teilen die katatonischen Symptome einer Reihe von Psychosen zu.

Trotzdem steht aber jetzt die Mehrzahl der Autoren auf dem Standpunkt, daß die Aufstellung der Katatonie als besonderes Krankheitsbild berechtigt ist.

Für die Krankheitsbezeichnnng Dementia praecox ist neuerdings von mehreren Autoren der Name Schizophrenie eingeführt worden.

Betrachten wir nun im folgenden die Krankheitserscheinungen, in denen die Katatonie sich äußert, und ihre Ursachen. Es kann hier nicht die Aufgabe sein, eine eingehende Symptomatologie zu bringen. Das ginge über den Rahmen der Abhandlung hinaus, und darüber gibt ja auch jedes Lehrbuch Auskunft.

Die Katatonie ist keine seltene Krankheit, sie tritt vorwiegend in den ersten drei Jahrzehnten auf; sie ist jedoch auch bei Leuten im höheren Lebensalter bekannt. Vielleicht handelt es sich nach Hoche bei den Spätkatatonien um Rezidive nach übersehenen oder vergessenen Schüben.

Kraepelin macht über das Erkrankungsalter von 296 Fällen folgende Angaben:

Erkrankungsalter	Prozent
bis 15 Jahre . . .	6,0
» 20 » . . .	32,5
» 25 » . . .	24,5
» 30 » . . .	19,0
» 35 » . . .	11,0
» 40 » . . .	5,0
» 45 » . . .	1,5
» 50 » . . .	0,7
» 55 » . . .	0,4

Wolfsohn bekam von 618 Patienten des Burghölzli folgende Zahlen:

Es erkrankten im Alter von	Männer	Frauen	Total
	Prozent		
1—15 Jahren . .	6	3	4
15—12 » . .	21	16	18
20—25 » . .	25	20	22
25—30 » . .	22	18	20
30—35 » . .	10	14	12
35—40 » . .	10	11	11
40—45 » . .	5	5	5
45—50 » . .	4	6	4
50—55 » . .	0	5	3
55—60 » . .	0	2	1
60—65 » . .	0	0	0

Bemerkenswert ist an Wolfsohns Material, daß die Kurve der Männer im Maximum im 5. Jahrzehnt regelmäßig absteigt, während die der Frauen zwischen 45—50 Jahren einen kleinen Aufstieg zeigt, der um so mehr in Erscheinung tritt, als auch die beiden folgenden Pentaden noch stärker besetzt sind als bei den Männern. Es handelt sich wohl um einen Einfluß des Klimakteriums, der sich in der weiblichen Psyche mehr geltend macht als beim Manne.

Die Katatonie beginnt meist allmählich in Wochen oder Monaten, häufig mit einem depressiven Vorstadium mit vagen körperlichen Beschwerden.

Die Entwicklung kann sehr mannigfaltig sein. Es kann zu Sinnestäuschungen und Wahnideen kommen, die eine Zeitlang das Bild einer halluzinatorischen Verwirrtheit vortäuschen können.

Verständlich wird das Bild erst, wenn auf die einleitende psychische Depression die katatonischen Symptome Stupor und Erregung folgen. Hoche nimmt an, daß beim katatonischen Stupor eine selbständige Veränderung der psychomotorischen Innervationsverhältnisse stattfindet. Mutismus ist ein gewöhnliches Begleitsymptom stuporöser Zustände, er ist oft bloße Teilerscheinung der allgemeinen Bewegungslosigkeit, sei diese durch Katalepsie oder durch Spannung bedingt. Man

hat die Katalepsie in die Muskeln verlegen wollen; Schuele nimmt pathologische, vielleicht infektiöse Zustände der Muskulatur an. Eine der äußerlich auffallendsten Erscheinungen ist die Neigung zu Stereotypien. Wir finden sie auf allen Gebieten: denen der Bewegung, der Handlung, der Haltung, des Sprechens, des Schreibens, des Zeichnens, der mimischen und musikalischen Äußerung, des Denkens, Verlangens, Halluzinierens. Unter dem Namen des Negativismus werden eine Anzahl von Symptomen zusammengefaßt, die alle das Gemeinsame haben, daß eine Reaktion, die im positiven Sinne zu erwarten gewesen wäre, negativ abläuft: die Kranken wollen oder können nicht tun, was man von ihnen erwartet (negativer Negativismus). In einzelnen Fällen wird so konstant das Gegenteil von dem gemacht, was man von den Kranken wünscht, daß man das benutzen kann, um sie zu lenken (Befehlsautomatie). So erzählt Bleulen, daß die Frau eines Kranken das zu einem System ausgearbeitet hatte, indem sie bei den Spaziergängen ihrem Mann immer die gegenseitige Richtung vorschlug, wobei sie sicher sein konnte, daß er das tat, was sie eigentlich wollte. Der Negativismus ist auch eine Ursache des Vorbeiredens: Die Kranken geben absichtlich verkehrte Antworten. Es gibt Fälle, wo der Negativismus gerade Anlaß zur Betätigung sucht und zu einer höchst unangenehmen Schikanose ausartet. Es gibt auch Vorgänge, die wir zum Negativismus zählen müssen, und bei denen nicht die Außenwelt, sondern das Streben und Fühlen der Patienten selbst verneint wird («innerer Negativismus»). «Wie der Bruch mit der Außenwelt den äußeren, so bringt der innere Zwiespalt den inneren.» Der innere Negativismus überträgt sich auf die Halluzinationen: Der innere Negativismus kann sich auch im Handeln äußern, sodaß die Kranken garnicht das tun können, was sie wollen (Kraepelins Gegenwille). Der «Gegenwille» bewirkt oft gerade die der gewollten entgegengesetzte Handlung; er braucht das Handeln nicht ganz zu verhindern, er bewirkt oft nur, daß gerade das, was der Patient will, nicht getan werden kann, dafür aber etwas anderes, sodaß das äußerliche Bild der Apraxie entsteht (statt die Haare zu kämmen, fährt der Patient mit dem Kamm über den Rock.

In äußerem Gegensatz zum Negativismus steht die Befehlsautomatie. Zur Befehlsautomatie rechnet Kraepelin auch die Flexibilitas cerca. Schulte spricht von einer Änderung der muskulären Molekularkonstitution bei Flexibilitas cerca. Die deutlichste und häufigste Teilerscheinung der Befehlsautomatie ist die Echopraxie und Echolalie, das Nachahmen ganz gleichgültig aufgenommener Eindrücke. Die Befehlsautomatie kommt häufig in Verbindung mit Negativismus vor, bald wechselnd, bald gleichzeitig mit ihm. So sprach ein Patient Kraepelin zwar nach, öffnete dabei aus Negativismus den Mund nicht. Wahnideen und namentlich Halluzinationen fehlen nie. Oft sind die Wahnideen rein hypochondrisch.

Depressives Vorstadium, Agitationsstadium mit Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, Stupor und Erregung vereinigen sich in wechselvoller Mannigfaltigkeit zu dem Bilde der Katatonie. Es fehlt in der Katatonie der rasche Stimmungswechsel. Die sog. Melancholia attonita ist das auffallendste Stadium der Katatonie.

Die Orientierung ist meist ungestört. Die Kranken nehmen im allgemeinen wahr, was um sie her vorgeht, oft weit besser, als man nach ihrem Verhalten erwarten sollte. Allerdings kann die Orientierung im Stupor und in häufigen Angstzuständen oder durch Wahnbildungen beeinträchtigt sein. Das Gedächtnis und die Merkfähigkeit sind meist gut erhalten.

An körperlichen Erscheinungen können wir bei der Katatonie in häufigem Wechsel beobachten: Steigerung der Sehnenreflexe, erhöhte mechanische Erregbarkeit der Nervenstämme, besonders des Facialis, erhöhte mechanische Erregbarkeit der Muskelsubstanz, vermehrte Speichel-, Talg- und Schweißdrüsensekretion, Ausbleiben der Menses, subnormale Temperaturen.

Eine besondere Beachtung verdienen die Pupillarphänomene, die bei der Katatonie in Erscheinung treten; man findet nämlich Pupillaranomalien, die die hauptsächlichsten Anklänge an die organischen Gehirnerkrankungen bilden. Es finden sich in einem großen Teil der Fälle mehr oder minder stark erweiterte Sehlöcher von unregelmäßiger Form, ungleicher Größe, mangelnder resp. stark verlangsamter Reaktion. Selbst vorübergehend im Stupor absolute Pupillenstarre.

Die Katatonie ist ihrem Wesen nach vollständig unbekannt, und wir können über die Art ihrer Entstehung nur Vermutungen äußern. Die Pathologie der Katatonie gibt uns keine Anhaltspunkte, wo wir die Ursache der Krankheit suchen sollen. Die direkte Forschung nach spezifischen Kausalmomenten hat uns ebenfalls im Stich gelassen. Und doch wird die Heredität eine Rolle in der Ätiologie der Katatonie spielen. Nach einer Reihe von namhaften Autoren zeigt sich nämlich erbliche Belastung im Durchschnitt bei etwa 60 % aller Katatoniker. Aber wie groß und welcher Art ihr Einfluß ist, das kann noch nicht gesagt werden. Einige Autoren, so Meyer und Rutner, glauben, daß die Katatonie auf dem Boden eines geschwächten Nervensystems entsteht.

Ob es eine individuelle Disposition gibt, ist fraglich. Unzweifelhaft sind viele der späteren Katatoniker schon in der Jugend «eigen», zurückgezogen. Es läßt sich aber zur Zeit nicht unterscheiden, ob dieses Verhalten Äußerung einer Disposition oder der schleichend beginnenden Krankheit ist.

Tschisch hält die Katatonie für eine Autointoxikation; er meint, daß die katatonischen Erscheinungen nur vom Standpunkt einer Autointoxikation zu erklären sind.

Es scheint aber auch sicher, daß bei diesem Leiden im Körper selbst entstehende Giftstoffe eine Rolle spielen. So konnte Berger nach den Ergebnissen der von ihm mit dem Serum Katatonie-Kranker an sich selbst und an Händen vorgenommenen Versuchen das zeitweilige Vorhandensein neurotischer Stoffe in demselben nachweisen. Ebenso haben Fauser und andere, gestützt auf die Entdeckungen Abderhaldens, vor allem mit den Geschlechtsdrüsen in Zusammenhang stehende Abbauprodukte im Serum gefunden; man muß daraus schließen, daß es vorwiegend im erkrankten Organismus selbst gelegene, also endogene, Vorgänge zu sein scheinen, welche die Entstehung dieser Erkrankung bedingen.

Auch exogene Ursachen kommen für die Entstehung der Katatonie in Betracht. So scheinen Gravidität und Wochenbett einen Zusammenhang mit der Katatonie zu haben. Auch die Onanie ist wohl eine der am meisten erwähnten Ursachen der juvenilen Psychosen. Man will sogar bestimmte Formen

der Katatonie damit in Zusammenhang bringen. Meiner Meinung nach ist aber die Masturbation, soweit sie einen Zusammenhang mit der Krankheit hat, als Symptom derselben aufzufassen und nicht als Ursache.

Ebenfalls noch zu erwähnen ist der Zusammenhang mit Infektionskrankheiten; oft schließt sich die Katatonie an eine fieberhafte Erkrankung an.

Ebenso scheinen besonders Schreck, längere Gefangenschaft, geistige Überanstrengung und gemütliche Erschütterungen ein wichtiges Moment abzugeben,

Bertschinger ist aufgefallen, daß unter den Kranken sehr viele schmächtige und kleine Leute sind.

Von den äußeren Umständen scheint die Katatonie unabhängig zu sein, sie kommt in allen Berufsschichten und Ständen vor.

Eine besondere Stellung in der Ätiologie der Katatonie nehmen noch die Traumen, speziell die Schädeltraumen ein.

Es gibt Autoren, die die Bedeutung eines Traumas für die Pathogenese dieses Leidens gering anschlagen; sie sehen in dem öfter zu beobachtenden Ausbrechen einer Katatonie nach einem Schädeltrauma ein auffälliges, zeitliches Zusammentreffen, jedoch keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen beiden Ereignissen. Oder sie nehmen auch an, daß es sich bei den angeblichen Fällen von Katatonie eben nicht um echte Katatonien, sondern um katatonische Zustandsbilder handelt. Meiner Meinung nach muß man jedoch einem schweren Schädeltrauma eine gewisse Bedeutung für den Ausbruch der Erkrankung zusprechen, wenn das Trauma auch nur eine Hilfsursache darstellt. Natürlich ist das Trauma auf keinen Fall die alleinige Ursache, ja nicht einmal die wichtigste, sondern dasselbe kommt wohl der erblichen Anlage und anderen uns unbekannten Ursachen zu Hilfe, und in dem Sinne kann man eine Wirkung des Traumas nicht ableugnen.

Differentialdiagnostisch ist es häufig nur schwer zu entscheiden, wenn sich an ein Schädeltrauma die kennzeichnenden Erscheinungen einer Katatonie anschließen, ob es sich um eine echte Katatonie oder nur um eine traumatische Demenz mit katatonischen Erscheinungen handelt. Es ist bekannt, daß

auch bei organischen Hirnkrankheiten alle für die Katatonie angeblich kennzeichnenden Erscheinungen vorkommen. So sind von Redlich bei solchen: Stereotypien, Katalepsie, Negativismus, Mutismus, Perseveration und Verbigeration gefunden worden und zwar bei Hirnabszeß, Encephalitis, Meningitis, Hirnblutungen, Erweichungsherden im Gehirn usw. Man hat Stereotypien und Katalepsien bei angeborenem Hydrocephalus und traumatischen Hirnabszeß feststellen können und katatonische Symptome häufig bei arteriosklerotischen Hirnerkrankungen, Dementia paralytica und Hirntumoren gefunden. Da es bei einem schweren Schädeltrauma oft zu Blutungen und Quetschungen kommt, so können dieselben genau so wie die eben angeführten Erkrankungen katatonische Erscheinungen bedingen und zu der irrtümlichen Annahme des Vorliegens einer Katatonie Anlaß geben, während es sich nur um eine mit katatonischen Zeichen einhergehende traumatische Hirnschädigung handelt.

Hülsken hat in seiner 1913 in Kiel erschienenen Dissertation einen Fall von Katatonie beschrieben, der sich ganz akut im Anschluß an einen Leistenbruch entwickelte.

Raecke unterscheidet fünf Haupt-Verlaufsformen im Beginn der Krankheit: die depressive, die erregt verwirrte, die stuporöse, die perenoide Form und die Katatonie in Sputen.

Von zwei Fällen von Katatonie in Sputen soll im folgenden berichtet werden.

1. Fall.

Es handelt sich um den 21 Jahre alten Arbeiter H. Bl., der am 17. X. 94 zum ersten Mal in die Provinzial-Irrenanstalt zu Schleswig aufgenommen wurde.

Die Anamnese ergibt folgendes:

Der Vater neigt zu Schwermut und Trübsinn; die Mutter ist sehr aufgeregt, eine Schwester endete im Alter von 17 Jahren durch Selbstmord.

Nach Angabe der Eltern begann die Erkrankung im 11. Lebensjahr. Seit dieser Zeit hatte der Knabe jeden Sommer, namentlich während der heißen Zeit, Anfälle von Unruhe; er wurde nachts schlaflos und zeigte eine weinerliche, ängstliche Stimmung. Am 26. Juni 1894 wurde der Patient

wegen Magenkatarrhs in das Krankenhaus zu Eckernförde aufgenommen. Zwei Wochen später trat plötzlich ein Anfall von Verfolgungswahn auf: Patient sprang aus dem Bett und meinte, er werde verfolgt und solle getötet werden. Derartige Anfälle wiederholten sich häufiger in den nächsten vier Wochen, sie wurden aber allmählich weniger heftig. Nach weiteren sechs Wochen wurde er wieder nach Hause entlassen. Hier wiederholten sich die Anfälle, namentlich, wenn er, was häufiger vorkam, von seinem Vater hart behandelt wurde. In den letzten Wochen zeigte sich bei beginnender Dämmerung große Ängstlichkeit, sodaß er bewacht werden mußte. Namentlich nach Empfang der Einberufungsordre zum Militärdienst wurde er wieder sehr unruhig und äußerte die Absicht, sich das Leben zu nehmen. Wird nach Schleswig gebracht.

Untersuchungsbefund.

Mittelgroßer, kräftig gebauter Mann im guten Ernährungszustand.

Gewicht 71,5 kg, Länge 167 cm. Die körperliche Untersuchung bleibt mehr negativ.

Schädel symmetrisch, ziemlich klein. Keine äußeren Degenerationszeichen. Bei der Aufnahme ruhig, teilnahmslos, antwortet ungenügend, scheint aber ein gewisses Krankheitsgefühl zu haben. «Das Blut steige ihm zuweilen in den Kopf, sodaß er sich nicht besinnen könne; er leide oftmals an Angstempfindungen». Außerdem sind entschieden Gehörs-Halluzinationen aufgetreten: Patient hat gehört, daß ihm andere etwas zu Leide tun wollen. Die Aufnahme in die Anstalt macht weiter keinen Eindruck. Patient bleibt ängstlich stuporös auf demselben Platze stehen.

Krankheitsverlauf.

25. X. Bleibt noch immer verschlossen und schweigsam, fängt aber an, sich im Hause zu beschäftigen.

30. X. Stuporöser Zustand dauert fort, jedoch wird Patient etwas zugänglicher und heiterer, scheint keine Angstzustände zu haben; beschäftigt sich regelmäßig.

10. XI. Ziemlich unverändert, spricht wenig oder garnicht, steht im Hofe meistens teilnahmslos auf derselben Stelle, ist bei der Arbeit wenig zu gebrauchen.

20. XI. Plötzlich erregt, will mit Gewalt zur Tür hinaus, will wieder nach Haus. Beruhigt sich bald, scheint aber noch verschiedene unangenehme Sensationen zu haben, äußert sich nämlich, er habe zu Hause zu viel «Mariensalz» bekommen, er sei inwendig ganz hohl. Bleibt im Bett.

2. XII. Liegt ruhig im Bett, erklärt, er fühle sich ganz wohl.

Januar 1895. Zeitweise recht widerstrebend; wird bisweilen heftig, wenn er sich waschen soll; schlägt einmal den Wärter gerade ins Gesicht.

Februar. Bleibt im Bett, ziemlich unverändert.

März. Gibt wenig Auskunft, ist ziemlich schweigsam, fährt bisweilen plötzlich auf.

Mai. Wird etwas lebhafter und anstelliger bei der Arbeit.

1. VI. Geht mit zur Gartenarbeit, zeigt eine gewisse Exaltation, fühlt sich vollkommen gesund und meint, er könne bald entlassen werden.

In der Folgezeit arbeitet Patient regelmäßig im Garten und in der Landwirtschaft, er zeigt ein gutes, fügsames Verhalten und drängt zu wiederholten Malen auf Entlassung.

Am 9. XI. wird er auf Wunsch der Eltern beurlaubt und dann gebessert entlassen.

Am 17. VIII. 96 wurde Bl. von neuem in die Provinzial-Irrenanstalt aufgenommen.

Vorgeschichte.

Anfänglich ist er im elterlichen Hause geblieben und hat sich dort beschäftigt. Dann hat er sich im Frühjahr 1896 verheiratet und seinen Wohnsitz in Borby genommen, wo er an verschiedenen Stellen gearbeitet hat. Nahrungssorgen sind nicht vorhanden gewesen. Eine Verschlimmerung des Zustandes trat vor einigen Wochen ein, indem er teilnahmslos, unlustig und unfähig zur Arbeit wurde.

Aufnahmebefund.

Mittelgroßer, kräftig gebauter Mann, gegen früher etwas abgemagert, sonst von gesundem Aussehen.

Bei der Aufnahme völlig teilnahmslos und verschlossen, gibt überhaupt keine Auskunft; geht ruhig auf die Abteilung und bleibt starr auf demselben Fleck sitzen. Gleichmäßiges stuporöses Verhalten dauert fort.

Krankheitsverlauf.

September. Benehmen unverändert. Steht schweigsam und teilnahmslos umher. Antwortet auf keine Frage.

Im Oktober zeigt Patient ein gleiches Benehmen.

November. Verschlossenes, apathisches Wesen dauert fort. Patient ist zu keiner Tätigkeit zu bewegen, spricht nicht.

4. XII. Sitzt meistens teilnahmslos auf demselben Fleck, antwortet gesucht.

Im Januar und Februar ist das Benehmen unverändert; im März wird er etwas lebhafter, spricht aber nicht; geht zur Außenarbeit.

10. V. Plötzlich heftig erregt, widersetzt sich dem Wärter, ohne sich dabei auszusprechen; bleibt liegen.

12. VI. Patient ist ruhiger geworden, steht wieder auf, wandert teilnahmslos und schweigsam im Hofe umher.

August. Unverändert, völlig schweigsam und gehemmt. Der Besuch seiner Frau macht keinen Eindruck auf ihn, er spricht nicht mit ihr.

Im September, Oktober, November und Dezember bleibt das Benehmen unverändert.

Januar 98. In kurzer Zeit vollzieht sich eine Veränderung mit ihm, die Hemmung löst sich, Patient fängt an zu sprechen. Auf die Frage nach seinem langen Schweigen erklärt er, er habe nicht sprechen können, er sei «fest» gewesen. Patient schreibt einen ganz verständigen Brief an seine Frau und meint, er könne jetzt auch wieder arbeiten.

Er geht dann auch mit zur Arbeit und benimmt sich ganz verständig.

20. I. Fühlt sich vollkommen gesund und meint, er könne wohl bald entlassen werden, damit er wieder Geld verdiene.

Februar. Derselbe gute Zustand.

Auch im März hält der gute Zustand an, Patient arbeitet regelmäßig.

3. IV. Gebessert nach Hause entlassen.

Am 14. Januar 1902 wird Bl. in die Psychiatrische und Nervenklinik zu Kiel aufgenommen.

Seine Frau gibt folgende Anamnese ab: Seit 7 Jahren ist sie mit dem Patienten verheiratet. Das erste Jahr war Patient

gesund, dann 2 Jahre in Schleswig in der Irrenanstalt; dann kam es in den nächsten 2 Jahren vor, daß er 3—4mal auf Wochen fortging, ohne etwas zu sagen, und sich anderswo Arbeit suchte. Er gab keine rechte Auskunft, warum er fortging. In den letzten 2 Jahren kam das nicht vor. Er hatte sonst verständig gesprochen, war stets sehr still, leicht ärgerlich, arbeitete gut. Im November 1902 war er an einem Sonntag auffallend still, er weinte, ohne einen Grund anzugeben. Am 26. November 1907 lachte er ohne Grund, arbeitete noch einige Tage, wurde sehr vergeßlich. Anfang Dezember 1907 «fiel er auf das Sopha hin, war ganz steif». Lag so ¼ Stunde mit geschlossenen Augen, kam dann ins Krankenhaus. Hatte vorher die letzten Tage wenig gesprochen. Schein- und Wahnvorstellungen hat seine Frau nicht bemerkt. Patient stand viel vor dem Spiegel, lachte und weinte auch ohne Grund. Seine Umgebung kannte er.

Nach Angabe der Frau Br., in deren Mühle er gearbeitet hat, soll er sehr fleißig gewesen sein, aber mehr als 2—3 Aufträge auf einmal habe er nie recht fassen können; auch sei er auffällig still gewesen.

Der Polizeisergeant, der Bl. in die Klinik gebracht hat, sagt noch aus, daß er unterwegs nichts gesprochen, die Aufforderungen aber genau ausgeführt habe.

Patient läßt sich ruhig auf die Abteilung führen, sagt weder auf Anrede noch spontan ein Wort.

Liegt nachher ruhig im Bett. Rührt sich von selbst kaum; das Gesicht ist auffallend gerötet.

Auf Aufforderung gibt er die Hand, ohne die fremde Hand eigentlich zu drücken. Zeitweise reagiert er auf Anrufe garnicht.

Durchsticht man eine Hautfalte am Handrücken und läßt die Nadel stecken, so sieht er darauf hin, ohne irgendwelche Abwehrbewegungen zu machen.

Die passiv erhobenen Arme läßt er eine Zeitlang stehen, um sie dann wieder hinzulegen. Bei passiven Bewegungen in den Beinen spannt er stark; passiv erhobene Beine läßt er sinken. Der Gesichtsausdruck hat etwas Ängstliches, Unklares. Auf Aufforderung setzt er sich auf; ißt allein.

Hin und wieder scheint er zu lächeln, während er in der Regel ratlos und fragend aussieht. Auf mehrfache Aufforderung zieht er sich selbst das Hemd aus, legt sich selbst auf den Untersuchungstisch.

Die körperliche Untersuchung ergibt außer Lebhaftigkeit des Kniephänomen, des Achillessehnenreflexes und der Erhöhung der mechanischen Muskelerregbarkeit nichts Besonderes.

Die Bewegungen des Patienten haben etwas Zauderndes, oft setzt er an, ohne die Bewegung zu vollenden. Aufgefordert, seinen Namen zu schreiben, nimmt er das Papier und den Bleistift in die Hand, sieht das Papier an, schreibt aber nicht.

15. I. 02. Wäscht sich allein, muß zum Stuhl geführt werden. Spricht nicht.

16. I. Verfolgt die Vorgänge in dem Saal mit den Augen; wenn einer der anderen Patienten singt, lacht er.

20. I. Reagiert nicht auf Anrufen, gibt nicht die Hand. Spannt die Beine bei Bewegungen.

23. I. Steht nachmittags von selbst auf, als ihm sein Zeug hingelegt wird, gibt wieder auf Aufforderung die Hand. Ißt allein, hält sich sauber.

29. I. Beim Besuch seiner Frau hat er kein Wort gesprochen, ging von ihr weg.

6. II. Starkes Widerstreben.

18. II. Patient will morgens nicht aufstehen, blättert lächelnd in einem Buche herum. Hat heute einige Worte verständlich gesprochen.

22. III. Spricht kein Wort; nachmittags sehr abweisend, wird sehr rot, wenn man ihn anredet; sieht zornig aus.

17. IV. Spricht immer noch nicht, verfolgt aber die Vorgänge im Saal mit lebhaftem Interesse. Aufgefordert, die Hand zu geben, schlägt er mit aller Kraft in die dargebotene Hand, fängt dann etwas spöttisch zu lachen an und wendet sich ab. Zu anderen Malen wieder folgt er dem Arzt bei der Visite durch alle Zimmer und scheint alles genau zu beobachten.

4. V. Derselbe Zustand wie früher, spielt aber mit anderen Kranken Karten. Hat bei dieser Gelegenheit auch schon einige

Worte wie «Pique ist Trumpf» oder «ich habe zwanzig angesagt» gesprochen. Meist aber stumm, ohne auf Anreden zu reagieren.

13. V. Läßt sich zeitweise zu häuslichen Verrichtungen gut gebrauchen; andererseits setzt er wieder Aufforderungen einen passiven Widerstand entgegen.

Nach Aussage eines Pflegers soll er, als er am Sonntag Besuch von Verwandten hatte, mit diesen nicht gesprochen haben, soll aber, als der Besuch wieder fort war, noch eine Stunde lang die Lippen bewegt haben, ohne jedoch irgend einen Laut von sich zu geben.

Vollkommen schweigsam.

29. V. Patient schreibt nach längerer Ermunterung wieder, er sei in Kiel im Krankenhaus. Auf die Frage, wie lange er hier sei, schüttelt er den Kopf.

(Datum?) Schreibt 29.

(Monat?) Sieht nach dem Abreißkalender. Als der Arzt dem Blicke folgt, fängt er an zu lächeln; weigert sich, weiterzuschreiben.

3. VI. Versucht den Arzt hinterrücks anzufallen und zu schlagen, als dieser einen anderen Kranken exploriert.

3. VI. Schlägt einen Mitkranken ohne eigentlichen Grund mit der Faust auf den Rücken und zerreißt ihm den Rock. Ist abweisend, gibt nicht die Hand.

8. VII. Wird plötzlich gegen Kranke agressiv, bedroht sie mit einem Stuhl; wird ins Isolierhaus gebracht.

31. VII. Spricht noch immer nicht. Hin und wieder agressiv. Gesicht gerötet.

21. VIII. Wollte in den letzten Tagen nicht aufstehen, blieb trotz mehrfacher Aufforderung im Bett liegen. Heute ist er plötzlich ganz von selbst aufgestanden.

27. IX. Immer dasselbe Verhalten, spricht nicht, beobachtet aber alles. Arbeitet etwas; gerät hin und wieder in Streit mit anderen Kranken.

15. X. Hat plötzlich den Wärter mit einem Bohnerbesen angegriffen.

26. X. Begrüßt jetzt meistens den Arzt freundlich, reicht

ihm die Hand, versucht oft auch, die Hand des Arztes festzuhalten, lächelt eigentümlich, spricht nicht.

9. I. 03. Sagt plötzlich, als er von Herrn Prof. Siemerling angeredet und zum Sprechen aufgefordert wird, «Guten Morgen».

(Wie lange hier?) —

(Datum?) «Das weiß ich nicht».

(Adieu!) «Adieu».

Hat heute seit langer Zeit wieder zum ersten Mal gesprochen.

1. II. Sehr abweisend, nimmt drohende Haltungen ein.

4. II. Plötzlicher Umschlag der Stimmung. Gibt dem Arzt mit freundlichem Gesichtsausdruck die Hand. Gegenstände nennt er richtig. Den Arzt kennt er.

(Haus?) «Isolierhaus».

(Warum haben Sie so lange nicht gesprochen?) «Ich war verrückt.»

(Stimmen?) «Ja.»

(Was sagten Sie?) «Raben flogen über meinem Kopf, die sprachen».

Auf Befragen sagt er, er habe nicht sprechen können, weil er zu schwach gewesen sei, in seinem Leibe ginge alles auf und ab.

(War es hohl?) «Ja, alles war hohl».

(War die Stimme weg?) «Ja, ganz raus, rein taub».

(Hörten Sie auch nichts?) «Nein, nur über dem Kopfe Gefühl».

(Erscheinungen gehabt?) «Brummen und Summen habe ich gehört, nicht gefühlt.»

Auf Befragen, warum er öfters gedroht habe, sagte er, das habe er nur aus Spaß getan. Patient erinnert sich, daß seine Frau hier gewesen ist, auch, daß er nicht mit ihr gesprochen hat.

27. II. Bei der Visite sagt Patient plötzlich sehr erregt: «Ich verlange mein Recht».

(Wie geht es?) «Der Kopf ist zerbrochen».

(Wodurch?) «Mit Schießen und Stechen haben sie mir den Kopf zerbrochen.»

28. II. Patient ging heute abend mit dem Stuhl auf den

Arzt los; beim Versuch, ihm den Stuhl zu entreißen, schlug und trat er um sich und mußte endlich isoliert werden.

1. III. Heute weiß er nicht, warum er gestern so aufgeregt gewesen ist; nachts will er sehr unruhig geschlafen haben und wie «Stimmen» Singen und Pfeifen gehört haben.

4. III. Hatte Besuch von seiner Frau, sprach aber nicht.

8. III. Hält sich beide Ohren zu; macht auf Befragen eine Bewegung, als ob man klingele.

18. III. Nachmittags erregt und aggressiv.

2. IV. Seit vorgestern wieder sehr erregt, zerreißt heute seine Jacke.

10. V. Spricht etwas; sagt auf Befragen, es gehe noch nicht gut, der Kopf sei noch «verrückt».

25. V. Kommt mit hochrotem Gesicht ins Ärztezimmer; spricht erst nicht, dann ganz deutlich. Auf Befragen antwortet er, es gehe etwas besser, aber er könne doch nicht so denken wie früher. Spontan: Er habe nachts Frösche quaken und Vögel singen hören, es komme nicht durch die Ohren, sondern von oben durch den Kopf. Auf Befragen: Er höre jetzt keine Stimme mehr, draußen habe er Rufen von Frauen und feine Kinderstimmen gehört; was die gesagt haben, wisse er nicht mehr.

(Wie im Kopf zu Mute?) «Zuweilen ganz gut, zuweilen sticht es durch die Augen, und im Leibe ist es, als ob das Wasser alles heraus ist, als ob er ganz hohl ist.»

(Erscheinungen?) «Gerade als ob es Perlen waren auf Sonne und Mond, und geträumt habe ich auch.» Auch Geschrei von Hunden habe er gehört. (Eine Zeitlang taub, hört wieder gut.) Danach gefragt, wußte er nicht, wie die anderen Patienten heißen. «Es ist so, als ob der Verstand im Kopf weg ist.» Könne Namen nicht mehr behalten.

28. V. 03. Als ungeheilt nach Schleswig überwiesen.

Am 28. XII. 03 wird Bl. wiederum von Frau und Schwiegermutter in die Kieler Nervenklinik gebracht. Seine Frau macht folgende Angaben: Sie kennt Patienten seit 15 Jahren, seit 14 Jahren ist sie mit ihm verheiratet. Patient war 1902/03 schon hier; darnach kurze Zeit in Schleswig, wurde von dort gebessert entlassen. Hat zu Hause fleißig gearbeitet, nie

getrunken; seit vier Wochen still, sprach zuweilen vor sich hin. Hatte heftige Knpfschmerzen und schwitzte nachts stark. Seine Frau behielt ihn deshalb zu Hause, ließ ihn nicht zur Arbeit gehen. Seit vier Wochen hatte er so zu Hause gesessen, vor sich hin gegrübelt; war nur einige Male ohne Grund aufgeregt, beruhigte sich dann auf Zuspruch. Appetit war gut, schlief nur nachts meist nicht. Seit drei Wochen in ärztlicher Behandlung. Kalte Abreibungen, die verordnet waren, ließ er sich nicht machen.

Keine Halluzinationen. Er blieb aber nicht gerne allein; konnte keine Soldaten sehen; wenn er auf der Straße Militär begegnete, blieb er wie festgebannt stehen. Klagte zuweilen über Schwindel.

Die körperliche Untersuchung ergibt denselben Befund wie am 14. I. 02.

Krankheitsverlauf.

27. XII. 07. Sehr gespannt, bewegt sich spontan wenig. Sprechliche Äußerungen sehr gleichgültig. Antworten beschränken sich auf ja und nein.

3. I. 08. Patient noch sehr gespannt, spricht nicht, antwortet auf Fragen nur kurz; sprach auch nicht mit seiner Frau, die ihn am 1. I. besuchte. Schlaf und Appetit gut.

17. I. Patient ist dauernd gespannt, sitzt viel im Bett und starrt vor sich hin, spricht nicht, antwortet nicht auf Fragen.

25. I. Benehmen unverändert.

30. I. Patient steht heute morgen neben seinem Bett und murmelt leise vor sich hin. Als der Arzt an ihn herantritt, ihm leicht auf die Schulter klopft und nach seinem Befinden fragt, dreht er sich plötzlich um und erhebt drohend den Arm, grimassiert dabei, zeigt die Zähne. Auch gegen den Pfleger wird er im Laufe des Tages wiederholt drohend, aber nicht gewalttätig.

Nach dem Isolierhaus.

7. 2. Liegt dauernd stumm, zumeist ganz unter seiner Decke verkrochen. Antwortet nicht auf Begrüßung, gibt nur zuweilen den 1. und 2. Finger an Stelle der Haud.

10. II. Schlägt bei der Visite heftig mit den Armen zwischen sich und Arzt durch die Luft. Verhält sich durchaus abweisend.

Während des Restes des Monats und auch im nächsten Monat ist das Benehmen des Patienten das gleiche; er ist dauernd mutistisch, ruhig, aber abweisend.

27. III. Vom Arzt nach seinem Befinden gefragt, erhebt er die Hand und sagt: «Ich möchte Ihnen eine ins Gesicht schlagen»,

Spricht sonst nicht.

Appetit und Schlaf gut.

1. IV. Als ungeheilt nach Schleswig überwiesen.

2. Fall.

Der Konditorlehrling F. B., geboren am 10. VI. 1894, wurde zum ersten Mal am 27. III. 1911 in die Psychiatrische und Nervenklinik zu Kiel aufgenommen. Er wurde nachmittags vom Vater im Sanitätswagen gebracht.

Bei seiner Aufnahme wurde vom Vater folgende Anamnese erhoben:

Keine Heredität. Als Kind war Patient gesund. Auf der Schule ist er zweimal sitzen geblieben. Mit etwa 14 Jahren hat er die Schule verlassen. Da der Vater keine Stelle für ihn bekommen konnte, blieb er ein Jahr zu Haus. Seit einem Jahr ist er Bäckerlehrling. Mit der ersten Stelle war er nicht zufrieden, weil er schlecht behandelt wurde; er sei viel geneckt worden. Er war nur 3 Monate dort; in der jetzigen Stelle seit 2 Monaten. In der letzten Stelle sei er sehr zufrieden gewesen, ebenso auch der Meister mit ihm.

Klagte seit 3 Wochen über Verstopfung; bekam Rizinusöl, hierauf Besserung. Er arbeitete bis zum 21. III. 11. Er sprach dann viel, aber immer noch klar, nur etwas sonderbar. Beim Kornblumentag war er sehr aufgeregt. Er wurde von den Lehrlingen geneckt. Schlaf hatte er garnicht mehr. Er war immer lustig, redete fortwährend. In der letzten Nacht schlief er erst auf Tropfen ein. Sang, pfiff; sprach von Kaiser, Kronprinz, Telegraphenamt. Zuweilen war ein gewisser Zusammenhang darin, zu anderer Zeit wieder nicht. Er sei nie traurig oder ängstlich gewesen.

Untersuchungsbefund.

Kräftiger Knochenbau, schwache Ernährung. Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich. Haare stark rot.

Gewicht 42,1 kg, Größe 1,64 m.

Pupillen gleich, mittelweit, rund. Reaktion auf Licht und Konvergenz nicht genau zu prüfen.

Facialis +.

Zunge gerade, zittert, belegt. Sprache o. B. Gaumenbogen gehoben.

Rachenreflex +.

Kein Tremor manuum.

Kniephänomen, Achillessehnenreflex lebhaft.

Andeutung von Fußklonus.

Zehen plantarflektiert.

Pinselberührung lokalisiert.

Spitz und stumpf nicht angegeben.

Schmerzempfinduug lebhaft.

Herztöne rein, l. Aortenton akzentuiert.

Abdomen nicht druckempfindlich.

Lungen nicht zu untersuchen, da Patient sich sträubt.

Patient befolgt Aufforderungen nicht immer, er redet unausgesetzt.

Er kommt in das Isolierhaus. Hier redet er fortwährend, spricht verwirrt, ideenflüchtig, sprunghaft, weitschweifig, für eine sinngemäße Antwort schwer zu fixieren.

Auch am Abend spricht er fortgesetzt vor sich hin ohne jeden Zusammenhang, macht dabei viele läppische Bemerkungen, achtet nicht auf die Umgebung, rührt sich nicht von der Matratze, halluziniert lebhaft, verlangt, daß man den elektrischen Strom abstellé.

Nachts ruhig, schläft gut.

Krankheitsverlauf.

28. III. Im Dauerbad schwatzt er fortgesetzt vor sich hin; völlig unzusammenhängende Reden, zeitweise reinster Wortsalat. Gestikuliert, lacht, grimassiert auch etwas, legt sich in der Wanne auf den Bauch und spricht in die Wand der Badewanne hinein.

Reagiert auf Reizworte nur teilweise:

(Elektrizität.) —

(krank.) «Krank, wer ist noch krank hier? Kopfschmerzen hat heute morgen einer gehabt.»

(Telegraph.) «Telegraph — ja — sch — sch — Antworten — 1 — 2 — schreiben Sie auf.

Darauf werden Geaenstände gezeigt.

Ruft, als ihm der Bleistift vorgehalten wird: «Geben Sie mir den Bleistift wieder!»

(Portemonnaie.) —

(Auf anderen Patienten deutend): «Nu, was ist das, soll das der Kronprinz sein oder nicht?»

(Ist der Kaiser auch da?) «Ja, das ist er, Wilhelm II.» (deutet auf einen Kranken).

Hält abwechselnd auch Pfleger und Arzt für Kronprinz bezw. Kaiser. Fortgesetzt läppisches Lachen.

Gute Nahrungsaufnahme.

Nie aggressiv, keine impulsiven Handlungen.

Keine Echopraxie.

29. III. Ist in der Nacht wieder ruhig gewesen. Am Tage wieder der gleiche läppische Erregungszustand. Fast nicht zu fixieren. Schnauzt fortgesetzt. Sprachverwirrt.

30. III. Für kurze Zeit fixierbar, ist dazu zu bewegen, dem Arzt die Hand zu reichen. Im übrigen hält die läppische Erregung an, sprachverwirrt, Rededrang. Telephoniert an der Wand der Badewanne. Anscheinend massenhaft flüchtige Halluzinationen; unterhält sich mit imaginären Personen. Um 1 Uhr mittags mit Dauerbad, irrt planlos im Saal umher, immer schwatzend und lachend, greift Gegenstände an, spielt mit ihnen, läßt sie schnell wieder fallen, um zu etwas anderem zu laufen.

4. IV. Dauernder Rededrang, gestikuliert lebhaft.

6. IV. Heute bei der Visite stiller. Weint, als man ihn beredet, schimpft dann unverständlich.

13. IV. «Ein elektrischer Strom komme von der Tür in seine Ruhe, gehe durch ihn hindurch und dann zum Fenster heraus». Spricht leise vor sich hin. Gibt an, daß er Stimmen

durch den Strom höre, ferner, daß er sich etwas aufgeregt habe, sonst sei er ganz gesund.

17. IV. Seit ungefähr 3 Tagen stark stuporöser Zustand. Patient macht einen sehr ängstlichen Eindruck, es bestehen starke Hemmungen und Sperrungen. Angedeutete Flexibilitas cerea. Nahrungsaufnahme sehr schlecht.

Spricht nicht. Nimmt nur flüssige Nahrung, Atmung oberflächlich.

22. IV. Linke Pupille erscheint etwas längsoval verzogen. R. L. schwach.

28. IV. Ruhig, etwas gehemmt; antwortet leise und langsam. Sieht etwas ängstlich aus.

29. IV. Noch immer stark gehemmt; hält sich sauber.

7. V. Plötzlich wieder lebhafter, sitzt im Bett, lacht, spricht vor sich hin, besieht Bilder, grimassiert, wird gelegentlich laut.

8. V. Isolierbaracke. Immer erregter, singt und schreit, lacht fortgesetzt läppisch, scheint Stimmen zu hören. Dauerbad.

9. V. Fortgesetzt unruhig; produziert Wortsalat. Für Augenblicke zu fixieren. Zeigt sich dabei orientiert und von prompter Auffassung, gerät dann jeweils nach kurzer Zeit in Vorbeireden. Äußerlich läppisch.

15. V. Seit zwei Tagen etwas ruhiger.

20. V. Dauernd erregt, Rededrang.

28. V. Begrüßt die Ärzte bei der Visite in echolalieischer Weise mit: «Guten Morgen, Herr B., wie geht es Ihnen?»

30. V. Glaubt Oberkellner in einem alkoholfreien Lokal zu sein. Läuft dauernd umher, lächelt, führt Selbstgespräche. Nachts so lebhaft, daß er Mf.-Inj. bekommen mußte.

10. VI. Steht meist in einer Ecke des Saales, singt, pfeift, erzählt nicht allzu laut vor sich hin.

11. VI. Wesentlich ruhiger.

16. VI. Stellt sich abends auf den Tisch, hält läppische Reden.

1. VII. Wechsel zwischen Lebhaftigkeit und leicht stuporösem Verhalten. Ißt gut. Läßt einmal Stuhl in seinen festen Anzug; a. B., was er denn gemacht habe, antwortet er lachend: »Schwinerie en gros».

10. VII. Heute ruhig, antwortet geordnet und vernünftig. Auf Befragen, ob er krank gewesen sei, meint er, es müsse wohl so gewesen sein.

31. VII. Hält sich weiterhin ruhig, möchte bald nach Haus.

2. VIII. Völlig ruhig, geordnet; hat Krankheitseinsicht; will nach Rücksprache mit dem Vater nach Haus.

16. VIII. Geheilt nach Hause entlassen.

Am 27. XII. 1917 wurde Patient von neuem von seinem Vater in die Nervenklinik zu Kiel eingeliefert.

Die vom Vater abgegebene Anamnese ergab folgendes:

Patient war 1911 schon einmal in der Klinik, wurde als gesund entlassen. War dann im Geschäft des Vaters als Gehilfe tätig, machte die Arbeit gut. Hat die ganzen sechs Jahre ohne Störungen durch Krankheit gearbeitet. Vor drei Wochen erkältete er sich, war niedergeschlagen, hatte auch Magenschmerzen; als das besser wurde, bekam er plötzlich Schmerzen im rechten Bein. Gleich darauf fing er an, wirr zu sprechen, er habe die Eltern unglücklich gemacht; er fürchtete, in die Nervenklinik zu kommen, sprach davon, er habe Blutvergiftung, er habe sich angesteckt. Sprach immer vor sich hin: «Was hab' ich getan! Ich habe meine Eltern unglücklich gemacht und meine Schwestern». Patient war nicht im Krieg.

Patient selbst gibt an, er sei «hinter der Mauer» gewesen; zeigt seine Beine, es kämen Stellen auf seinen Beinen zum Vorschein; er könne keinen Urin mehr lassen, habe 3 Wochen lang schon gar keinen Urin gelassen. Er habe auch keinen Stuhlgang mehr gehabt. Früher sei er ganz gesund gewesen. Patient sitzt mit gefalteten Händen da, spricht sehr leise und bewegt sich kaum.

(Wo hier?) «Abteilung für Geschlechtskranke.»

(Stadt?) «Kiel».

(Waren Sie schon einmal hier?) «Nein, bin einmal 1911 in der Nervenklinik gewesen. War 1910 zum ersten Mal «hinter der Mauer». Er fühle sich jetzt ganz schwach, der ganze Körper sei vereitert, es zöge schon überall heraus, er könne nicht mehr schlafen.

(Monat?) «Dezember».

(Tag?) «Weiß ich nicht genau».

(Welches Fest gefeiert?) «Weihnachten».

(Mit im Krieg?) Schüttelt den Kopf.

(Wer unsere Feinde?) «Frankreich, Rußland, Italien».

Patient faßt sich immer wieder an den Mund und betrachtet von Zeit zu Zeit seine Finger. Auf die Frage, warum er das tue, antwortet er, es zöge da heraus, sei ganz schwarz, es sei schon ganz verblutet, ganz heiß. Vor 3 Wochen sei es unten schwarz geworden.

(Jahr?) «1917».

(Wie lange Krieg?) «3 Jahre.»

(Was ist Krieg?) «Wenn sich zwei hauen.»

(Kaiser?) «Wilhelm II.»

(Wieviel Söhne hat Kaiser?) «6 oder 7».

(Größte Flüsse Deutschlands?) «Elbe, Rhein».

Der Gesichtsausdruck des Patienten verändert sich in keiner Weise; Mund ist halb geöffnet, Blick ausdruckslos.

Körperlicher Befund.

Mittlerer Ernährungszustand; Kopf nicht klopfempfindlich.

Pupillen rund; links etwas weiter als rechts. Reaktion auf Licht und Konvergenz vorhanden.

Rachenreflex +.

Facialis +.

Hypoglossus +.

Reflexe der oberen Extremität +.

Abdominalreflex sehr lebhaft.

Tremor manuum.

Kniephänomen, Achillessehnenreflex lebhaft.

Zehen plantarflektiert. Kein Fußklonus.

Spitz und stumpf ungenau.

Krankheitsverlauf.

28. VII. Versucht, sich einen Bleistift in die Brust zu stoßen.

Patient war in der Nacht plötzlich aus dem Bett gesprungen und hat eine Fensterscheibe eingeschlagen.

Patient sagt, es sei, als ob sich Schlangen um seinen Arm schlängelten, sitzt in der Zelle mit ängstlichem Gesichtsausdruck und ruft vor sich hin: «Ich halt's nicht mehr aus!» Es sei ihm, als ob ein elektrischer Strom durch seinen ganzen Körper ginge.

30. XII. Patient spricht nicht mehr, muß auch gefüttert werden, liegt unbeweglich im Bett, behält gegebene Stellungen lange Zeit bei.

9. 1. 18. Patient spricht noch immer nicht.

20. I. Unterhält sich heute etwas mit seinem Vater und seiner Schwester. Appetit gut.

23. I. Patient fragt plötzlich, was er machen solle. Spricht dann wieder nichts.

8. II. Spricht ab und zu ein paar Worte.

15. II. Steht lange Zeit in gegebener Stellung am Fenster; blöder Gesichtsausdruck.

4. III. Zustand unverändert. Patient spricht nicht. Verändert die einmal eingenommene Stellung nur auf Befehl hin. Schlaf und Appetit gut.

25. III. Spricht leise vor sich hin in läppischer Weise; antwortet beim Besuch der Angehörigen nur, wenn er gefragt wird.

15. IV. Unruhig, tanzt im Saal umher, bekommt Dauerbad; singt und lacht vor sich hin.

30. V. Spricht in zerfahrener Weise, immer noch sehr lebhaft und laut.

12. VI. Unruhe hält an, lebhafter Rededrang, führt Selbstgespräche.

10. VII. Zustand unverändert.

20. VIII. Bei der Visite stumpf und teilnahmslos, steht in einer Ecke, antwortet nicht auf Fragen. Im Laufe des Tages lebhafter.

6. X. Etwas ruhiger, geht im Garten spazieren, gibt geordnete Antworten.

20. X. Verhält sich ruhig, hat nichts zu klagen.

27. X. Beschäftigt sich fast garnicht.

4. XI. Unterhält sich mit den anderen Patienten, will nach Hause.

6. XI. Gebessert nach Hause entlassen.

Was den ersten Fall anbetrifft, so kommt entschieden erbliche Belastung in Frage: der Vater schwermütig, die Mutter immer sehr aufgeregt, eine Schwester ist im Alter von vierzehn Jahren durch Selbstmord geendet.

Interessant ist der ganz schleichende Beginn: Schon vom 11. Lebensjahr ab hat der Patient in jedem Sommer Anfälle

von Unruhe gehabt, besonders in der heißen Zeit. Der erste Schub, der sich an ein körperliches Leiden, an einen Magenkatarrh, anschloß, stellte sich bei Bl. mit 21 Jahren ein; er dauerte ungefähr ein Jahr. Auf einen freien Zwischenraum von ungefähr 9 Monaten folgte wieder eine etwa 19½ monatige Krankheitsdauer. Nach einem freien Intervall von 3¾ Jahren erkrankt Bl. wieder. Die Krankheit dauert ungefähr 1½ Jahre. 4½ Jahre war Patient dann dauernd gesund; er bekam darauf einen neuen Schub und mußte nach 4monatiger Behandlung als ungeheilt der Landes-Irrenanstalt zu Schleswig überwiesen werden. Der vorliegende Fall zeigt uns also deutlich die Steigerung der Krankheit zum Verlauf mit Remissionen und neuen Nachschüben; es ist ein typischer Fall einer Katatonie in Schüben.

Im Verlauf der Erkrankung sehen wir die für Katatonie so charakteristischen Erscheinungen: ausgesprochener Stupor, abwechselnd mit Erregungszuständen, Negativismus, Autismus, Befehlsautomatie, Katalepsie; dazu Sinnestäuschungen und Wahnideen.

Da nach Raecke die Fälle mit chronischem Verlauf und Entwicklung und ausgesprochenen katatonischen Erscheinungen die schlechteste Prognose haben, so muß auch im vorliegenden Fall, obgleich die relativ freien Zeiten immer größer geworden sind, die Prognose als durchaus infaust bezeichnet werden. Eine vollkommene Verblödung ist wahrscheinlich. Nach Mattauschete ist auch noch die erbliche Belastung als prognostisch ungünstiges Zeichen anzusehen.

Wir kommen zum zweiten Fall. Ätiologisch läßt uns dieser völlig in Stich. Heredität ist nicht nachweisbar. Wir können vielleicht annehmen, daß bei B. sich die Krankheit auf dem Boden eines geschwächten Nervensystems entwickelt hat. Auf der Schule kam er nicht recht vorwärts, er blieb zweimal sitzen; in den Lehrstellen wurde er von seinen Mitlehrlingen geneckt, vielleicht wegen seines «eigenartigen» Wesens.

Die Krankheit begann im Alter von 17 Jahren. Nach einer fast 6½jährigen Zwischenzeit machten sich dann wieder Krankheitserscheinungen bemerkbar. Der letzte Schub dauerte ungefähr ein Jahr.

Während im vorhergehenden Fall die Krankheit durch einen stuporösen Zustand eingeleitet wurde, beginnt sie hier mit einem Erregungszustand; überhaupt beherrschen im Verlauf der ganzen Krankheit hier die Erregungszustände das Bild, während im ersteren Fall der Stupor, der nur hier und da von Erregungszuständen unterbrochen wird, mehr in Erscheinung tritt. Auch der Verlauf des zweiten Falles zeigt uns zahlreiche Symptome der Katatonie: Erregungszustände und Stupor in häufigem Wechsel, Negativismus, Befehlsautomatie, Flexibilitas cerca, Halluzinationen und Grimassieren.

Verhältnismäßig früh sehen wir das Auftreten des letzten Symptoms, des Grimassierens; nach Raecke gilt dies bei der Katatonie als Zeichen mali ominis. Ich möchte bei der schlechten Prognose der Katatonie an und für sich auch in diesem letzten Fall die Prognose nicht als besonders günstig bezeichnen; die Gefahr eines neuen Schubes, der früher oder später eintreten kann, droht beständig.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Siemerling für die freundliche Überlassung der Arbeit und die dabei gewährte Unterstützung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Aschaffenburg: Die Katatonieprognose. Zeitschrift für Psychiatrie, Berlin 1898.
2. Binswanger-Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.
3. Brosius: Die Katatonie. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Berlin 1877.
4. Bleuler: Gruppe der Schizophanie. Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg.
5. Berger: Trauma und Psychose.
6. Hoche: Über Dementia praecor. Deutsche Klinik, Bd. 6, Berlin 1906.
7. Kraepelin: Psychiatrie, ein Lehrbuch.
8. Raecke: Zur Prognose der Katatonie. Archiv für Psychiatrie, Berlin 1877.
9. Schuete: Klinische Beiträge zur Katatonie. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band 58. Berlin 1901.
10. v. Tschisch: Die Katatonie. Monatsschrift für Psychiatrie und Neuralgie, Berlin 1899.

Lebenslauf.

Ich, Gustav Steffen Lamprecht, ev. Konfession, wurde am 22. April 1890 zu Kiel als Sohn des Schlossermeisters Paul Lamprecht geboren. Zunächst besuchte ich die Mittelschule, siedelte dann Ostern 1900 an das Reform-Realgymnasium über, auf dem ich Ostern 1909 die Reifeprüfung bestand. Ich studierte in Kiel und München Medizin, bestand in Kiel im Herbst 1911 das tentamen physicum und im Juli 1914 in Kiel das medizinische Staatsexamen. Infolge des Kriegsausbruches bekam ich die Approbation vom 1. August 1914. Während des ersten Kriegsjahres war ich an einem Kriegslazarett, vom Oktober 1915 bis zum Kriegsende war ich Truppenarzt an der Front, zuletzt als Oberarzt.